

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

518

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

'PAR

GURWIC Pierre

Né le 21 Décembre 1907, à Kowel (Pologne)

Les Vomissements et la Diarrhée dans la Maladie de Basedow

Président : M. CARNOT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17, — PARIS (V^e)

1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550411_0053

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

GURWIC Pierre

Né le 21 Décembre 1907, à Kowel (Pologne)

Les Vomissements et la Diarrhée dans la Maladie de Basedow

Président : M. CARNOT, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, 17, — PARIS (V^e)

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	LAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	LÉON BERNARD.
Clinique de la tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie.....	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie.....	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie.....	DE GAUDART d'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	IABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUENU.
Physiologie.....	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLERY-RADOT.
Ophthalmologie.....	(Pasteur).
	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.
Obstétrique.....	VAUDESCAL.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	AUBERTIN.
Clinique médicale.....	BRULE.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	HARVIER.
	LIAN.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CADENAT.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	MOURE.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Educacion physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

ET DE MON PÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MA FIANCÉE

Mademoiselle DORA ROSEN

En témoignage d'une affection
sincère.

A MON PRESIDENT DE THESE
Monsieur le Professeur CARNOT
Professeur de la Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur
Médecin des Hôpitaux Hôtel Dieu

Qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse et en a accepté la pré-
sidence.

Hommage de notre gratitude et
de notre profond respect.

A NOTRE JURY DE THESE

A MES MAITRES DES HOPITAUX DU HAVRE

GAMBILLARD, BUCHARD, SEBALD, DEVILLE,

THOREL, TULASNE, ROMAIN

Médecins des Hôpitaux

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE BREST

Le Docteur J. QUELMÉ

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A MES AMIS DU HAVRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

INTRODUCTION

L'étude de la Maladie de Graves-Basedow a été ces dernières années, l'objet d'un grand nombre de travaux scientifiques. Si les signes cardinaux : goitre, exophtalmie, la tachycardie, le tremblement, enfin le métabolisme basal avaient fait l'objet de descriptions magistrales et classiques, certains troubles comme ceux qu'on observe du côté de l'appareil digestif, et surtout *les vomissements et la diarrhée* ont été laissés dans l'ombre par beaucoup d'auteurs.

C'est ainsi que Zondek dans son livre *Maladies des glandes endocrines*, pourtant remarquable, n'en mentionne pas du tout et Lescke, Schur, etc., ne disent pas un mot sur les vomissements dans la maladie de Graves-Basedow.

Curschmann lui-même écrivit en 1925 : « les vomissements sont assez rares et peu pathognomoniques pour la maladie Basedow ». Il est revenu sur cette opinion en 1928 (voir bibliographie) et il lui semble bien, qu'une mise au point de cette question est nécessaire, tant au point de vue diagnostique, que thérapeutique.

Notre intention est de démontrer la fréquence relativement grande des vomissements et surtout de la diarrhée, leur importance, la difficulté diagnostique dans les formes à début digestif, et dans les formes où les symp-

tômes digestifs passent au premier plan, pendant toute la durée de la maladie.

Nous ne nous arrêterons pas, sur la pathogénie de ces troubles, cette pathogénie n'étant pas encore complètement élucidée, les différentes théories qui s'affrontent, ne sont pas capables de donner de preuves empiriques incontestables de leur viabilité.

Nous avons divisé notre sujet de la façon suivante :

D'abord nous étudierons la physionomie clinique de vomissements et de diarrhée au cours de la maladie de Graves-Basedow.

Ensuite après avoir cité plusieurs observations instructives et inédites pour la meilleure connaissance des troubles digestifs au cours de la maladie de Graves-Basedow, nous nous attarderons sur le diagnostic différentiel de ces troubles et sur les moyens sûrs de clinique et de laboratoire permettant de prouver la liaison étroite de ces troubles avec la maladie de Basedow.

Enfin nous passerons en revue les différents traitements actuels de la maladie de Basedow.

CHAPITRE 'I

ETUDE CLINIQUE

1° LES VOMISSEMENTS.

Méconnus par les classiques, les vomissements au cours de la maladie de Basedow deviennent de plus en plus fréquemment signalés par les auteurs récents qui soulignent leur importance clinique et diagnostique. (Mœbuis, Maranon, Heruando).

a) *Vue d'Ensemble.*

Précédés généralement des prodromes, d'un malaise général, et le plus souvent d'un état nauséux. Ils sont très particuliers, ils viennent brusquement, cessent brusquement. Leur fréquence est très variable, 3-5-6-20 par jour.

b) *Moment d'apparition.*

Essentiellement capricieux. Au début de la maladie ils peuvent survenir assez régulièrement 2-3 heures après le repas, simulant une affection gastro-intestinale. Dans d'autres cas ils surviennent à jeun, sous forme de crises, rappelant les crises gastriques du tabès.

Parfois il s'agit de petits vomissements épisodiques accompagnant de troubles dyspeptiques légers (signalés plus loin).

Mais les vomissements au cours de la maladie de Basedow peuvent aussi acquérir une intensité particulière, empêchant les malades de s'alimenter, même les liquides ne sont pas tolérés (voir observation).

Ils peuvent aussi prendre une allure incoercible, et par leur répétition, il arrive qu'ils entraînent un amaigrissement considérable, voir même un véritable état cachectique (observ.).

c) *Composition.*

Dans la plupart des cas ce sont des vomissements muqueux, aqueux, ou bilieux avec persistance d'un goût amer longtemps après, dans la bouche, plus rarement ce sont des vomissements alimentaires.

Sans caractère, à l'examen du laboratoire on trouve très rarement de l'acide chlorhydrique, pas d'acide lactique, très peu d'acide chlorhydrique combiné.

d) *La Radiographie.*

L'estomac paraît normal. Il est fréquent de constater l'estomac très allongé, hypotonique à évacuation retardée. La pression au niveau du plexus est douloureuse.

e) *Chimisme gastrique.*

La sécrétion gastrique est influencée par l'hyperthyroïdie. Mais les divers auteurs qui ont étudié la question ne sont pas d'accord.

A. Guttman passant en revue ces diverses opinions croit pouvoir dire, que l'hyperchlorhydrie paraît plutôt un phénomène du début, et que l'affection progressant, elle tend à faire place à l'hypo, puis à l'anachlorhydrie.

Il semble donc bien qu'en clinique, comme à l'expérimentation, l'action de la thyroïde excite d'abord, inhibe ensuite les fonctions gastriques.

2° LA DIARRHÉE.

La diarrhée est classique au cours de la maladie de Basedow, et est un des signes importants de la maladie. Trousseau dans sa magistrale clinique sur la maladie de Basedow dit : « quelques-uns sont sujets à des flux intestinaux », P. Marie dans sa thèse en cite plusieurs cas (voir observation) pour Sattler elle s'observe dans 30 % des maladies de Basedow.

Cette diarrhée, survient soit par crises, débute et cesse brusquement, soit d'une manière continue, cholériforme. Parfois 20-30 selles par jour.

Les crises de diarrhée coïncident souvent avec les poussées évolutives de la maladie. Les selles sont fluides, jaunâtres, non fétides, plus ou moins bilieuses.

On en observe toutes les variétés ; diarrhée paroxysmique véritable crise diarrhéique, diarrhée matutinale, diarrhée chronique prandiale, lienterie, accompagnées ou non de coliques.

On a cité aussi dans la maladie de Basedow des crises entéralgiques, des crises d'entérite muco-membraneuse, et des selles grasses, contenant des quantités de graisses non absorbées (trouble de résorption graisseuse concomitant). Dans 7 cas de Falta ces troubles de résorption étaient très nets.

Parfois, la diarrhée est le signe capital de la maladie, d'autres fois le premier symptôme du début d'un Base-

dow, et elle peut rester le seul signe digestif. Alors on comprend combien il faut être averti en présence d'un diarrhéique chronique. combien le diagnostic est difficile, et délicat dans ces cas.

Examen des selles.

Les matières, mollasses, pâteuses, ou liquides sont constituées d'aliments mal digérés ou récemment ingérés. Ils contiennent parfois de la bile en grande quantité. D'autre fois, leur réaction peut être acide.

Pronostic.

Si la diarrhée est modérée, l'appétit est conservé, ou augmenté — comme c'est fréquent au cours de la maladie de Basedow — et la maladie n'est pas aggravée.

Si elle se répète fréquemment, elle assombrit le pronostic du goitre exophtalmique.

Autopsie.

Aucune lésion, congestion et état lavé de l'intestin.

Caractère.

Deux caractères particuliers à signaler :

1. Elle est capricieuse et fantasque, apparaît et disparaît, d'une façon inexplicable, sans cause et brusquement.

2. Elle résiste aux médications usuelles. Le traitement symptomatique n'a aucun effet sur elle.

Par contre le traitement causal, c'est-à-dire de la maladie de Basedow, la soulage immédiatement, et comme par enchantement.

3^e LES AUTRES SIGNES DE LA SÉRIE DIGESTIVE.

Nous mentionnons seulement les autres signes gastriques rencontrés au cours de la maladie de Basedow et qui loin de faciliter le diagnostic, peuvent au contraire l'égarer vers une affection intestinale.

1. *Troubles de l'appétit.*

L'appétit est exagéré, véritable fringale, le malade se précipite sur les aliments et les dévorent, c'est une boulimie qui n'est jamais satisfaite. Ces crises de boulimie sont aussi constatées par période.

Les combustions chez ces malades sont exagérées, ils brûlent les aliments très vite, d'où besoin des aliments nouveaux qui prennent la forme de fringale. Ce n'est que dans les cas graves qu'on observe de l'inappétence.

2. *Hoquet.*

Maranon lui donne une importance diagnostique.

Il le trouve dans 17 % des cas.

3. *Salivation.*

Ce sont des crises de sialorrhée. Les malades mouillent leur oreiller, ils sont obligés de faire constamment des mouvements de déglutition, d'où résulte une aéro-phagie et ensuite une dyspepsie flattulente.

4. *Nausées.*

D'application matinale ou post prandiale sont très fréquents. Ils peuvent exister sans vomissements ou comme prodromes.

5. *Spasmes.*

On trouve rarement, c'est vrai, une tendance au spasme du cardia, de l'œsophage qu'il faut connaître

pour distinguer des dysphagies dûs à la compression par un goitre parfois plongeant.

6. Douleurs.

Les douleurs sont de deux sortes : soit des crampes, des brûlures, des aigreurs très accentuées pouvant dominer le tableau clinique, soit peu intenses, sensation de gonflement, lourdeur, pesanteur après les repas. Ce sont des douleurs intermittentes par périodes. Cette alternance a fait songer à l'ulcère qui a une évolution cyclique par crises. (Hildeman et Mézard signalent le cas d'une femme qui, lorsqu'ils la virent, était soignée pour un ulcère et avait même subi des lavages d'estomac. Ils trouvèrent un métabolisme basal à + 30 %, et tous ces troubles ont disparu par la radiothérapie.

Dans l'ensemble il faut pratiquer l'examen attentif de nombreux malades qui viennent consulter pour les flatulences, pesanteurs après le repas, éructations, troubles dyspeptiques divers et surtout pour des vomissements ou de la diarrhée rebelle à tout traitement. On dépistera ainsi les petits signes de Basedow ou même les grands signes mais ébauchés. Il faudra faire alors l'épreuve du métabolisme basal qui donnera la quasi certitude et permettra d'instituer le seul traitement efficace qui est celui de la maladie de Graves-Basedow.

CHAPITRE II

LES SIGNES CARDINAUX ET LEURS RAPPORTS AVEC LES TROUBLES DIGESTIFS

Le goitre est très rare, quand il existe les troubles digestifs sont déjà très marqués.

L'exophtalmie vraie est également rare. Mais ce qu'on observe ce sont les yeux brillants, éclat particulier du regard, parfois existence d'un des signes de la série oculaire.

Le tremblement surtout marqué aux mains au début, peut être provoqué par les émotions, l'action d'écrire, l'attitude de serment avec doigts écartés. Il est un signe précieux qu'il faut chercher minutieusement.

La tachycardie, signe constant, précoce, le plus fréquent. Souvent accompagnée de palpitations, c'est une tachycardie régulière oscillante aux environs de 100-120 pulsations. Elle est permanente avec des paroxysmes provoqués par l'effort, l'émotion ou sans cause. Le début et la fin de ces paroxysmes se font d'une façon progressive. La vitesse du pouls atteint alors 130, 150, sans dépasser 180.

La tension artérielle est augmentée légèrement, 1 cm. de Hg surtout la maxima.

Enfin *d'autres signes* peuvent avoir un intérêt diagnostique, les artères battantes, grande émotivité (par exemple pendant la consultation) sensation de chaleur qui est un signe très important, insomnie, sueurs, enfin l'amaigrissement.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL des VOMISSEMENTS et de la DIARRHÉE au COURS de la MALADIE de BASEDOW

Les vomissements et la diarrhée passent souvent au premier plan au cours du goitre exophtalmique au détriment des autres signes, causant de très grandes, parfois des insurmontables difficultés du diagnostic.

Lorsqu'il s'agit de signes tellement banaux, que les troubles digestifs, la difficulté est de reconnaître la cause exacte de ces troubles.

Les vomissements et la diarrhée des hyperthyroïdiens peuvent survenir dans deux sortes de circonstances. Tantôt, ils accompagnent une maladie de Basedow évidente, le diagnostic est alors facile. Tantôt, ils sont causés par un état hyperthyroïdien fruste, ou au début de la maladie, c'est dans ces cas qu'ils acquièrent, au point de vue de diagnostic, leur puissant intérêt.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES VOMISSEMENTS.

A. Vomissements de grossesse.

Devant ces troubles digestifs bizarres, les règles supprimées, les vomissements qui sont alors presque physiologiques, il faut penser à la grossesse. C'est un diagnostic en général facile. M. Gutman a vu une femme envoyée avec le diagnostic de maladie de Basedow (douleurs gastriques, vomissements périodiques, palpitations, le corps thyroïde un peu gros, yeux brillants). M. Gutman l'examine et trouve le ventre un peu augmenté de volume et pense à une grossesse, mais devant la négation de la femme prétendant avec force n'avoir jamais eu de rapports, on fait la radiographie qui trancha la question, démontrant le squelette du fœtus.

B. TUBERCULOSE.

Diagnostic plus délicat, devant les vomissements de la tuberculose au début, s'accompagnant des signes de la série basedowienne, comme les bouffées de chaleur, palpitations, tachycardie, un peu de tremblement, comme si le corps thyroïde défendait l'organisme devant l'infection. Mais le diagnostic est encore plus difficile par suite de l'existence de véritables *thyéo-tuberculose*. Sergent, Rist, Krecke, ont rapporté de ces cas.

Dans ces *thyéo-tuberculose* les signes digestifs sont presque la règle. Il y a donc une difficulté réelle et en pratique on hésitera bien pour savoir quel traitement des deux qu'il faut appliquer. On tranchera le diagnostic par les examens successifs pulmonaires, cliniques et radiolo-

giques, les tests divers d'hyperthyroïdie et surtout par le Métabolisme basal.

C. TABÈS.

Les vomissements de la crise gastrique de tabès, ressemblant beaucoup à ceux de la maladie de Basedow.

Pour départager les deux cas, chercher les signes de la série tabétique (signe d'Argyl, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, ponction lombaire, etc.).

D. VOMISSEMENT COMME LE SEUL SYMPTÔME AU COURS DE BASEDOW FRUSTE, OU AU DÉBUT.

Nous devons penser alors :

*à l'appendicite chronique,
aux accidents vésiculaires,
aux accidents migraineux,
aux phénomènes névropathiques.*

On aura soin de faire les épreuves du laboratoire, en particulier faire le métabolisme basal.

E. LA PHASE PRODROMIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE.

Où on note des vomissements, des douleurs, vertiges, signes cardio-vasculaires, troubles dyspeptiques.

On pense à une maladie du cœur, affection gastrique, ou maladie de Basedow. Ce n'est qu'après plusieurs mois que les troubles psychiques s'affirment et on fait appel au psychiatre.

F. VOMISSEMENTS D'UNE TUMEUR CEREBRALE.

L'évolution de la maladie guidera le diagnostic (hypertension, stase papillaire, etc.).

II. DIARRHÉE AU COURS DE LA MALADIE DE BASEDOW.

(diagnostic différentiel)

A. *Les colites* qui, outre les troubles intestinaux, s'accompagnent de troubles nerveux et d'amaigrissement (Savignan, de Fossey). Loin de laboratoire, le diagnostic n'est pas aisé. Macdonald (1838) observe une femme qui a de la diarrhée pendant 4 mois, 15-20 selles par jour, accompagnées de troubles nerveux et d'amaigrissement. Quelques mois après, la malade présente de la tachycardie, un tremblement, un certain temps après le goitre fait son apparition. Il y avait un échelonnement des signes pendant des années, et le premier signe était la diarrhée.

B. Parfois la diarrhée profuse et l'état cachectique du malade font penser aux phénomènes néoplasiques.

C. *Maladie d'Addison* mais les selles sont fétides.

D. *Les renaux urémiques* ont une diarrhée importante mais n'éliminent pas beaucoup d'urée.

E. *Les dysenteries* : Sainton cite une malade qui a eu 60 selles par jour. Mais le diagnostic est plus facile. L'examen microscopique tranche le diagnostic.

F. *Les diarrhées de fermentation et de putréfaction* sont aisément distinguées par l'examen coprologique et par le métabolisme basal. On voit donc que le diagnostic

étiologique d'une diarrhée chronique offre des difficultés dont le nombre et le degré varient dans des larges proportions, selon le cas, et selon les moyens de diagnostic dont on dispose.

Les seuls moyens cliniques ne suffisent pas, et il faut toujours faire appel au laboratoire (coprologie, tests glandulaires, métabolisme basal) dans des cas douteux.

PATHOGÉNIE

Léopold Lévi et H. de Rothschild interprètent les troubles digestifs de la maladie de Basedow de la façon suivante : « L'augmentation de sécrétion intestinale, disent-ils, sous l'influence du traitement thyroïdien (voir obs.), explique la diarrhée de la maladie de Basedow. L'on sait, en effet, qu'un très grand nombre de symptômes de cette maladie sont dûs à l'hyperthyroïdie. Il résulte, d'autre part, des recherches récentes de Balint et Molnar que, dans la diarrhée basedowienne, il n'y a pas d'insuffisance de pancréas, la sécrétion externe est plutôt accrue de cet organe.

Ces auteurs admettent comme caractère du Basedow l'augmentation des sécrétions en général.

Ettinger et Hess qui sont partisans de vagotonie disent : « Puisque les symptômes de vagotonie (diarrhée, palpitations, sueurs, symptômes oculaires, tremblement et nervosité générale) sont très semblables à ceux de l'intoxication thyroïdienne, on peut avancer la possibilité d'une hypothèse qui ferait de certaines formes atypiques de la maladie thyroïdienne, une vagotonie.

Ces deux théories d'apparence si divergentes s'expliquent aisément, si on songe que l'innervation du tube digestif et par là, ses fonctions, sont sous la dépendance du vague et du sympathique.

Schoefer démontre expérimentalement que les contractions de l'intestin sont plus fortes sous l'action du sérum basedowien que sous l'influence du sérum normal.

Pour Hernando il y a une action spécifique de l'hormone thyroïdienne sur les muscles lisses. Pour lui 8-10 % des diarrhées d'étiologie non évidente relèveraient de l'hyperthyroïdie.

Balint et Molnard trouvent des troubles pancréatiques, pour eux la sécrétion du pancréas est augmentée, et il existe même une augmentation des sécrétions en général.

On voit donc que la pathogénie des troubles digestifs au cours de la maladie de Basedow est une question très complexe et qui n'est pas encore élucidée.

CHAPITRE V

LES EPREUVES DU LABORATOIRE

Les examens radiologiques et cliniques permettent d'éliminer l'organicité. Mais c'est surtout l'épreuve du *Métabolisme Basal* qui rattachera à la maladie de Basedow les troubles digestifs.

On exprime par ce terme *le nombre de grandes calories*, que dégage en une heure et par mètre carré de surface corporelle, l'organisme d'un sujet placé dans des conditions physiologiques données.

Pour éliminer les causes d'erreur, il faut que le sujet soit à jeun depuis 12 à 18 heures, étendu depuis une demi heure au minimum et en relâchement musculaire complet. Il ne doit pas sentir ni le froid ni le chaud, c'est-à-dire il doit trouver la température agréable, la température de 16-18 degrés réalise ces conditions.

Dans la maladie de Basedow on trouve un métabolisme basal augmenté de 15 à 100 ou même plus %. En général le basedowisme ne peut être affirmé qu'avec une élévation du métabolisme basal entre 15 % et 20 % au moins. C'est un examen délicat et les causes d'erreur sont nombreuses. Il ne faut pas hésiter, s'il existe le moindre doute, à répéter l'examen. Lorsqu'on est certain de

l'exactitude de l'épreuve du métabolisme basal, c'est l'examen clinique qu'il faut approfondir, et généralement cette revision donne un résultat satisfaisant.

Un certain nombre de troubles non endocriniens peuvent modifier le métabolisme basal à savoir : la fièvre, la suralimentation, les leucémies, l'alimentation insuffisante. Aucun ne donne de variations aussi considérables que celles qu'on observe dans les affections thyroïdiennes.

Il est d'autres tests biologiques ou pharmacodynamiques (*tests à l'hypophyse de Claude, Baudouin, Porak, tests à la thyroïde de Parisot et Richard, l'épreuve de Goetsch à l'adrénaline*) dont la valeur est indéniable.

Pratiquement seul importe l'étude du Métabolisme basal.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement des vomissements et de la diarrhée, au cours de la maladie de Basedow est celui de la maladie causale. C'est le seul traitement vraiment scientifique. Il sert de pierre de touche.

En outre on administrera un régime, puisqu'on constate des troubles de motricité et de l'évacuation gastro-intestinales. Ce sera un régime électif, suffisant surtout.

Le traitement de la maladie de Basedow appliqué aux troubles gastro-intestinaux

1. Iode.

L'iode abandonné à la suite de travaux de Rilliet, Trousseau, Kocher, subit actuellement un regain de faveur. On utilise la solution iodo-ioduré (Gram, Lugol) xx à xl gouttes par jour dans du lait le matin. Les phénomènes digestifs s'améliorent d'une façon saisissante.

2. Hématoethyroidine.

Ballet et Enriquez puis Enriquez et Hallion ont proposé une méthode ingénieuse qui utilise le sang des animaux éthyroïdés. Ils pensent ainsi offrir à la sécrétion

thyroïdienne surabondante un excès de substances à neutraliser, et la rendre de cette façon inoffensive. On emploie généralement sous le nom d'hématoéthyrôïdine, une préparation glycérinée de sang de cheval privé du corps thyroïde, à la dose moyenne de trois cuillerées à café par jour.

Les résultats sont surtout favorables dans les formes frustes ou peu accentuées (amélioration 8 fois sur 10, guérison 10 %). Ce traitement n'est pas dangereux.

De nombreux extraits glandulaires ont été essayés.

L'extrait ovarien (Sainton).

L'extrait hypophysaire (Parisot).

Thymus (Owen, Voisin, Dor).

La physiothérapie.

Deux méthodes : radiothérapie

électrothérapie : A. galvanisation.

B. galvanisation
et faradisation.

La Radiothérapie (Beclere, Abrami) sur le corps thyroïde.

3 H par semaine en deux séances avec trois portes d'entrée (deux latérales et une intérieure).

Les résultats sont excellents pour les troubles digestifs.

La Chirurgie.

La thyroïdectomie partielle donne des bons résultats si les malades sont encore en excellent état général.

EXPOSÉ des OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Monsieur le Professeur Carnot, leçon clinique

Malade âgée de 28 ans. Bien portante jusqu'à il y a 5 semaines. Depuis quelques semaines elle se sent fatiguée, lasse, 15 jours après elle a une céphalée le matin et brusquement surviennent des vomissements précédés de nausées. Peu après des coliques tenaces soulagées par des selles diarrhéiques (phénomènes digestifs multiples).

Les vomissements se répètent 7-8 fois par jour. Ils sont sans effort, abondants, liquides, jaunes, amères.

Les selles jaunes-pâles, liquides.

Le lendemain nouvelle diarrhée. Deshydratation progressive. Pendant 15 jours vomissements le matin intenses. Pas de température.

Un médecin consulté prescrit l'iode non prise par la malade.

La malade entre dans le service.

Amaigrissement de 5 kg.

A l'examen on trouve une malade qui présente un regard brillant les deux lobes du corps thyroïde saillantes, animées de battement et vascularisées, une certaine divergence des yeux, le pouls est 120-130. changement du caractère depuis un an. Pas d'infection. La maladie dit avoir des tremblements depuis deux mois aux mains, qu'on ne trouve plus à l'examen. Les mains sont très chaudes, brûlantes, elle est en sueurs.

Métabolisme basal + 37 %.

Traitement mis en jeu immédiatement: l'iode sous forme de solution de Lugol. Dès le premier jour, les vomissements et la diarrhée ont rétrocedé. Les palpitations sont améliorées et le nombre des pulsations est légèrement abaissé (112).

On la met au calme, au repos et on continue le traitement iodé.

OBSERVATION II

Service de Monsieur le Professeur Carnot

Il s'agit dans cette observation d'un homme amaigri, nerveux, aux gestes brusques, saccadés. Réactions vives. Il présente de la diarrhée, des selles liquides, et aucun résultat n'a été obtenu par le traitement antidiarrhéique. Il présente en outre de l'asthénie, un goître diffus, de petit volume, pulsatile, soufflant.

Pouls rapide, 110 à la minute, mais normal. Tremblement rapide, général, surtout aux extrémités, pas d'exophtalmie, mais asynergie entre les mouvements des paupières et de l'œil.

Le métabolisme basal fait le 27 Septembre 1932, était augmenté de 48 %.

Comme le diagnostic a été posé tout à fait au début de l'affection, on a institué un traitement rationnel et quelques jours plus tard le métabolisme est trouvé augmenté de 38 % seulement.

C'est la diiodothyroïdine qui a donné cette amélioration nette, et le malade a engraisé de 15 kg. et tous les autres signes ont disparu.

Si on cesse le traitement, les phénomènes tendent à reprendre.

OBSERVATION III

(*Cushing*)

Jeune femme, 28 ans, présente un goître, un peu de fièvre, du tremblement, de l'instabilité psychique, palpitations, mais pas d'exophtalmie.

Tous ces symptômes sont devenus secondaires par suite de l'entrée en scène des vomissements d'abord par crises, puis durant des mois. Elle a maigri de 38 kg., présentait de l'oligurie, l'azoturie et était en danger de mort.

Métabolisme basal + 60 %. Pas de diarrhée. On ne l'opère pas à cause de son état général qui est très mauvais.

On fait la radiothérapie sur le corps thyroïde, les vomissements disparaissent et la malade récupère sa santé. Quelques signes de la série Basedow persistent mais sans importance. Elle double son poids en 10 mois.

C'est à propos de cette observation que Cushing est revenu sur son opinion sur la rareté et peu d'importance des vomissements au cours de la maladie de Basedow.

OBSERVATION IV

(*Durmeyer*)

Mme B..., 48 ans. Règles irrégulières. A maigri depuis 2 ans de 18 kg. Présente des troubles digestifs, pesanteur épigastrique et surtout vomissements alimentaires ou muqueux quotidiens. Selles normales.

Comme autres signes elle présente de l'émotivité de la tachycardie, du tremblement et des troubles vaso-moteurs.

Métabolisme basal: + 42.

Le traitement par l'héματοethyroidine a amélioré l'état général. Les vomissements ont disparu, le métabolisme basal n'est que + 32 à + 20. Toute cette amélioration est notée 3 mois après le début du traitement. L'hypoaacidité gastrique n'est pas modifiée.

OBSERVATION V

Prise à la consultation de Monsieur Guttman

Mme C. M., 43 ans, est envoyée à la consultation de Monsieur Guttman le 18-2-1932 avec une lettre de son médecin dont voici l'extrait: Elle présente une forte dilatation de l'estomac, des douleurs vives apparaissent 3-4 heures après le repas. Je crains une lésion orificielle...

On examine la femme, mais l'examen physique ne décèle rien de particulier.

Elle se plaint cependant de douleurs, qui durent depuis 2 ans et qui surviennent tous les jours 2-3 heures après les repas, avec tiraillement. Antécédents personnels: 1 fausse couche enfant avec malformation cardiaque, 3 enfants décédés en bas âge.

Elle se plaint de nausées, des vomissements fréquents aqueux, des migraines et de la fatigue. Pas de diarrhée. Malade amaigrie; cou un peu gras.

Radio: estomac ptosé, pas de lésions vulvaires.

Etant donné que la douleur siègeait surtout dans la région du colon gauche, on examine celui-ci le 9-5-1932.

Le lavement opaque remplit facilement le colon et ne montre aucune image de lésion organique des parois. Le caecum est en place il est mobile et non douloureux à la palpation.

Un nouvel examen pratiqué le 2-2-1933 a montré un petit utérus fibromateux avec noyaux fibreux de grosseur d'une paume. Rien d'annexiel. Col sain. Ces troubles sont alors plutôt intestinaux.

22-2-1933 Métabolisme basal augmenté de 54 %.

Examen du suc gastrique à jeun :

HCL = 0.

Acide lactique = 0.

Acidité totale = 0,36.

Après le repas d'épreuve :

HCL = 0.

Acide lactique = 0.

Acidité totale = 0 gr. 44.

OBSERVATION VI

(*Dr Schmitz Munch Med. Woch. N. 52. p. 2212*)

Mme H. W. 50 ans. *Antécédents obstétricaux* pas de fausses couches, 5 grossesses normales.

Il y a 5 ans, à l'âge de 45 ans, elle a remarqué que l'œil gauche est saillant, en même temps qu'une nervosité et un tremblement des mains. L'œil est devenu normal après, mais le tremblement n'a pas cessé depuis. Les règles sont devenues très irrégulières pendant les dernières années.

Il y a 14 jours : céphalée, coryza, d'une façon assez intense pour l'obliger de garder le lit. 3 jours après surviennent de *forts vomissements*. Tout ce qu'elle mange, les aliments solides et liquides, elle vomit. Pas de douleurs, pas de diarrhée, plutôt un peu constipée (selles tous les 3 jours).

Les vomissements persistent deviennent de plus en plus forts. Elle vomit même sans manger.

Alors elle entre à la clinique, envoyée par son médecin avec le diagnostic de *l'iléus*.

Examen : exophtalmie bilatérale. Stellwag. Goître augmenté de volume.

Rien à l'abdomen, sauf un peu d'hyperesthésie, léger tremblement des mains.

On ne trouve pas des symptômes d'iléus, sauf les vomissements qui se produisent toutes les 20-30 minutes. Ce sont des vomissements glaireux, sans acide chlorydrique, ni acide lactique.

Traitement : soutien du myocarde. Serum salé. Lavements glucosés.

Le lendemain d'entrée : même état. Pouls à 160, le soir à 180 par minute.

Plus tard dans la nuit : pouls à 200, devient imperceptible. Mort à 4 heures $\frac{1}{2}$ le matin.

Autopsie : aucune affection gastro-intestinale, ni rénale, pas de tumeur cérébrale, mais existence de Maladie de Basedow.

Diagnostic : vomissements incoercibles de la maladie de Basedow.

OBSERVATION VII

Paris médical, 12 juillet 1930, Omer et Haymillah

Il s'agit d'une femme qui, lorsqu'elle fut examinée pour la première fois, était malade depuis six mois.

Jusque-là bien portante, elle s'était sentie envahir peu à peu par une lassitude générale, une fatigabilité excessive accompagnée d'une palpitation d'effort. Les traitements ordonnés n'eurent aucun résultat heureux. L'asthénie, les palpitations, l'essoufflement augmentèrent. Elle fut obligée de s'aliter ; dans le lit même elle avait des paroxysmes de palpitations. A ce moment les nausées apparurent,

suivies par des vomissements. Ceux-ci ne survenaient au début qu'après le repas et seulement pendant la journée. Ils survinrent ensuite pendant la nuit et sans que la malade eut rien pris.

Le sujet qui pesait 82 kilos avant sa maladie, maigrit et devint méconnaissable. La température était normale, mais elle souffrait d'une sensation de chaleur et avait une soif vive.

Quand les auteurs la virent, elle était dans un état de profonde inanition, dans l'impossibilité de quitter son lit. Un vomissement répété qui se produisait presque sans cesse, l'empêchait de prendre aucune nourriture. Rien d'anormal du côté des organes thoraciques et abdominaux. Tout le tableau clinique se résumait à une tachycardie à 140 et un vomissement incoercible.

A l'exploration de la grande thyroïde on trouvait un lobe droit plus volumineux que le gauche.

Ayant été traitée pour une thyrotoxicose soupçonnée, la malade vit son état s'améliorer rapidement. Cependant tandis que la convalescence progressait de jour en jour, on constate que le lobe droit de la thyroïde augmentait de volume en même temps que s'installait une légère exophtalmie.

Le pouls oscillait entre 100-120. Les signes de Graef, de Stellwag et du frontal se montrèrent positifs.

Après quelques alternatives la malade s'en retourna dans son pays.

OBSERVATION VIII (Résumé)

Th. Chevalier thèse Montpellier 1890)

M. A. G., 36 ans.

Un jour notre malade est pris d'une violente cephalée, traitée par l'antipyrine. C'était un mercredi. Deux jours s'écoulaient pendant

lesquels il se montre très irritable. Depuis quelque temps, d'ailleurs, lui d'un naturel doux est devenu peu à peu irascible, nerveux. Vendredi vers le soir il éprouve des suffocations, des palpitations et il se met à vomir plusieurs fois.

Le lendemain ses yeux étaient devenus très saillants, et le cou avait triplé de volume... ensuite se sont produits des tremblements, thermophobie, la température reste normale, ou élevée de quelques dixièmes...

OBSERVATION IX (Curschman)

Mlle K. Fb. 33 ans.

Jamais de grossesses. Règles régulières. Depuis 2-3 mois la malade accuse un manque d'appétit. Il y a un mois, tous les matins vomissements muqueux et bilieux accompagnés de douleurs et pesanteurs gastriques. Selles normales. En même temps s'installe chez elle une tachycardie, nervosité, elle a beaucoup de chagrin et perd en 3 semaines 28 livres.

Examen : légère exophtalmie, éclat brillant du regard. Augmentation du corps thyroïde, qui est pulsatile, léger tremblement des mains.

On fait une radioscopie : estomac normal.

On pratique l'épreuve du métabolisme basal et on trouve une augmentation de 39 %.

Traitement : Radiothérapie.

Les vomissements cessent peu de temps après (rarement quelques petits vomissements) le pouls diminue de fréquence, l'appétit augmente, en 14 jours elle engraisse d'un kilo.

Quelques semaines après : métabolisme basal 16%.

Elle va toujours mieux et recommence son travail.

Diagnostic : vomissements paroxystiques thyrotoïdiques.

OBSERVATION X (résumé)

P. Marie, thèse de Paris 1882

H. D. docteur en médecine, 37 ans.

Antécédents syphilitiques.

Vient consulter pour tremblement général. Les yeux gros et hagards ; pas d'exophtalmie proprement dite. Signe de Graefe. Tachychardie légère 85-100.

Il n'y a pas d'augmentation du volume du cou. Diarrhée fréquente survenant par accès, sans coliques, assez souvent diarrhée bilieuse accompagnée de coliques.

Pas de boulimie, mais fréquents accès de crampes d'estomac, surtout le matin avant le déjeuner. Absence de réflexes rotuliens. Romberg + +.

OBSERVATION XI

(Ferranini et Cornot)

Concernant l'hyperthyroïdisme provoqué

Jeune femme a subi un traitement thyroïdien pour obésité à la dose de 6-8 tablettes par jour et elle perdit 8 kilos en 2 mois mais présentait des vertiges et palpitations, de l'insomnie, de la tachychardie et de la *diarrhée*.

Ce traitement non surveillé est donc susceptible de provoquer des troubles graves.

Léopold Lévi en rapporte plusieurs cas, mais ce ne serait que de se répéter à les citer.

Nous insistons surtout sur le danger du traitement opothérapique entre les mains inexpérimentées.

OBSERVATION XII

Malade du Service du docteur Enriquez

Mme A. T., 30 ans, ménagère, entre dans le service pour vomissements. Elle vomit depuis deux mois, 10-12 vomissements par jour.

D'abord les vomissements surviennent après les repas seulement puis sans horaire. Vomissements faciles, sans effort, soit alimentaires, soit des glaires, ou encore de la bile. La malade refuse de s'alimenter, tellement elle craint les vomissements.

A l'examen, on trouve : goître diffus de deux lobes de dimension moyenne, de l'exophtalmie, et de la tachychardie. Pas de tremblement.

Pulsations à 80 par minute.

Radio montre un estomac hypertonique, pylore perméable.

Etat général bien conservé.

Traitement : Héματοéthyrôidine.

Après le traitement, les pulsations tombent à 65, pas de vomissements. La malade sort de l'hôpital guérie un mois et demi après.

OBSERVATION XIII

(Chamaillard)

Il s'agit d'une femme qui a un goître très peu développé, un peu de tremblement, de la tachychardie, une légère exophtalmie. C'est l'appareil digestif qui est le plus atteint. La malade s'alimente à peine. Cette anorexie presque complète est un de ses principaux tourments. Elle se plaint aussi d'une diarrhée rebelle à tous les traitements.

Métabolisme basal augmenté de 30 %.

Tous ces troubles digestifs datent depuis 3 mois et cependant le diagnostic a été tenu en suspens pendant très longtemps, par les médecins qui l'on traité. Probablement à cause du manque de développement du goître.

Le traitement par les rayons X a fait rétrocéder en peu de temps ces signes digestifs.

OBSERVATION XIV

(P. Marie, thèse 1883)

M. B., 21 ans, doreur sur bois, s'est aperçu qu'il tremblait d'une façon assez intense et il s'est vu obligé de cesser son métier de doreur. Ce garçon est maigre, il présente ni goître, ni exophtalmie. Ses battements du cœur sont réguliers. Le pouls d'amplitude moyenne, sa fréquence est de 100 à 120. Il est régulier.

Son tremblement est tout à fait évident. Les réflexes tendineux sont un peu exagérés au genou et au poignet.

Assez fréquemment, diarrhées sans coliques, survenant brusquement, et durant soit un jour (deux ou trois selles) soit deux ou trois jours, et s'arrêtant brusquement, il affirme qu'alors les matières rendues sont très jaunes.

Il a beaucoup de peine à s'endormir, et son sommeil est constamment agité de cauchemars.

Sueurs continuelles jour et nuit, la paume des mains est toujours humide.

Quelquefois le malade éprouve un besoin pressant de manger, de véritables fringales, sans que cela soit poussé à une véritable boulimie.

P. Marie parlant dans son observation des antécédents héréditaires et collatéraux signale partout une nervosité et une excitation allant jusqu'à la folie chez plusieurs des parents éloignés.

Il démontre dans cette observation qu'en somme les maladies de Basedow typiques et maladies de Basedow fruste sont absolument calqués l'une sur l'autre et que la présence ou l'absence du goitre et de l'exophtalmie n'a qu'une importance secondaire, car ni l'une ni l'autre, ne sont nécessaires pour caractériser la maladie.

CONCLUSIONS

1° Les vomissements sont moins fréquents que la diarrhée au cours de la maladie de Basedow, mais ont autant d'importance.

2° L'importance des vomissements et de la diarrhée est capitale au point de vue du traitement et surtout du diagnostic.

3° Leur diagnostic est aisé dans la maladie de Basedow avec signes cardinaux nets, beaucoup plus difficile dans le Basedow fruste, ou dans le goître exophtalmique à début digestif. Dans ces cas il faut approfondir l'examen clinique pour découvrir les petits signes de basedowisme, ou les grands signes à l'état ébauché. Faire faire dans tous les cas l'épreuve du *métabolisme basal* qui donne la quasi certitude. Dans les agglomérations loin du centre, on est dans l'impossibilité de faire le métabolisme basal, il faut prouver alors la maladie par les tests glandulaires, dont la valeur clinique est indéniable.

4° Etant donné le grand nombre de maladies de Basedow à début, ou à symptomatologie digestive c'est surtout dans les services ou dans les consultations de gastro-entérologie qu'on les voit, la recherche du métabolisme basal est devenue alors une épreuve indispensable au gastro-entérologue.

5° Le traitement vraiment scientifique des troubles digestifs de la maladie de Basedow, est le traitement de la maladie causale, c'est-à-dire de la maladie de Basedow, Les résultats sont toujours excellents.

Vu : le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- APAERT! — Nouveau traité de maladies digestives (dans Roger, Tessier Widal).
- ARANY Ungar. — *Méd. Presse*. Budapest, 1898, III, p. 807.
- BALINT R. et MOLNAR B. — *Beř. Klin. Woch.* 1010 XLVII, p. 1620.
- CHAMAILLARD. — *Thèse Paris* 1901-02. Maladie Basedow.
- CHEVALIER Th. — *Thèse Montpellier* 1890. Contribution à l'étude du goître exophtalmique.
- CURSCHEMAN. — *Munch. Med. Woch.* 1928, p. 2212. *Deutsch. Med. Woch.* 15 janvier 1926.
- DESBOUIS G. — Crises entéralgiques au cours d'une maladie de Basedow. *Bull. *et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris*, 1914, 3, p. 811-813.
- DURMEYER. — *Thèse Paris* 1932. Etats thyroïdiens et troubles gastriques.
- ECHÉGUT. — *Thèse Paris* 1934. Troubles digestifs dans Basedow fruste.
- FALTA. — Les maladies des glandes endocrines (Vienne 1913).
- GAULTIER. — Maladies des Voies digestives 1931.
- GUTTMAN R. A. — Les troubles gastriques de l'hyperthyroïdie. *Annales de thérapie biologique*, 15-12-1932.
- HILLEMANN et MÉZARD. — *Prat. Med. Franc.* nov. 1930 (A).
- MARIE P. — *Thèse Paris* 1883. Contributions à l'étude des formes frustes de la maladie de Basedow.
- OMER et HAYMILLAH. — *Paris Méd.*, 12 juillet 1930.

PARISOT et RICHARD. — Traité d'Endocrinologie de la thyroïde.

RAMOND. — Maladies de l'estomac et Duodenum (1927).

STEVENIN. — Epreuves du laboratoire dans les troubles endocriniens. *Annales de ther. biol.*, 15 déc. 1932.

TROUSSEAU. — *Clinique méd. de l'Hôtel Dieu*, t. II.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Etude clinique.....	11
Les signes cardinaux et leurs rapports avec les troubles digestifs	17
Diagnostic différentiel des vomissements et de la diarrhée au cours de la maladie de Basedow..	19
Pathogénie	24
Les épreuves du laboratoire.....	26
Traitement	28
Exposé des observations.....	30
Conclusions	42
Bibliographie	45

